Apellido:		Nombre:		Iniciales del Segundo Nombre:		Apellido de la madre:	
Otros nombres por los que se le conoce:			Teléfono de la casa:		Teléfono del trabajo:		Fecha de Nacimiento:
Sexo: ☐ M ☐ F	Edad:	No. Del Seguro Social		Años de Educación: (0-20)	¿Esta usted embarazada?: ☐ Si ☐ No ☐ N/A		
Estado Civil: 1-Nunca casado 2-Casado /viviendo juntos 3-viuda 4-Divorciado/ disolución 5-Separado 9- No Sabe							
Dirección (incluyendo la zona postal): (¿Sin casa/ o lugar para vivir? ☐ Si ☐ No)							
Para los menores, Nombre del padre o guardián:			Relación con el menor:			teléfono:	
En caso de emergencia, notifique a: (Nombre, dirección y teléfono):							
¿Tiene usted un tutor (Conservatorship: Persona encargada de hacer decisiones por usted)?: ☐ Si ☐ No							
Nombre de la persona:							
Seguro Médico (Marque todas las que aplican): ☐ Medi-Cal ☐ Medicare ☐ Blue Cross ☐ Kaiser ☐ Otro HMO ☐ IEHP ☐ Molina ☐ Healthy Families ☐ Healthy Kids ☐ Otros seguro ☐ Ninguno ☐ Otro							
Si es Medi-Cal—su número de Medi-Cal:				Condado de su Medi-Cal:			
Lugar de trabajo:				Escuela :			
¿Quien lo envió a la clínica? : ☐ Usted mismo ☐ Escuela ☐ Probación ☐ DCS ☐ APS ☐ CPS ☐ Otros ☐ Padre/ Guardián Tutor/conservator/Familia. ☐ Prop. 36 ☐ Parole ☐ Cal-WORKs ☐ Corte ☐ AB2726 ☐ AB2034							
Servicios que desea: ☐ Medicamentos ☐ Consejería ☐ Ayuda con los beneficios ☐ Drogas /Alcohol ☐ Otros							
¿Fue alguna vez un cliente del Centro Regional, también conocido en ingles como Regional Center ? : ☐ Si ☐ No							
¿Esta usted buscando servicios para reunificación familiar o custodia del niño?: ☐ Si ☐ No							
¿Fue enviado a los servicios por la oficina de Probación o Parole o por la corte?: ☐ Si ☐ No							
¿Esta buscando servicios porque tiene una demanda en contra suya?: ☐ Si ☐ No							
¿Esta usted recibiendo tratamiento para los problemas con el alcohol o la droga?: ☐ Si ☐ No Donde?:							
Caregiver: ¿Cuántos niños bajo 18 años?				¿Cuántos adultos dependientes el cliente toma cuidado?			
Código especial de la población:							
☐ A = Assisted Outpatient Treatment service(s) (AB 1421) ☐ C = Individualized education plan (IEP) required service(s) (AB 3632) Código del Distrito Escolar: _____ ☐ G = Governor's Homeless Initiative (GHI) service(s) referirse a la lista del condado ☐ N = No special population service(s) ☐ W = Welfare- to- work plan specified service(s)							
Déjenos saber porque esta usted aquí y que ayuda necesita:							
Describa si ha tenido problemas con el alcohol o las drogas:							
Fecha:				Nombre de la persona que completo esta forma:			

FORMA DE CONTACTO INICIAL

NOMBRE:

GRAFICO #:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA:

Vea el Código W&I 5328

Discapacidad Física: (Por favor circule todas las que apliquen)

- 00 = Ninguna
- 01 = Impedimento Visual Severo
- 02 = Impedimento del oído severo
- 04 = Impedimento del Habla
- 08 = Impedimento Físico/Movilidad
- 16 = Discapacidad del Desarrollo (es decir. epilepsia, parálisis cerebral, retraso mental, etc.)
- 32 = Otros impedimentos Físicos (o enfermedad no puesta en una lista encima es decir, pérdida de miembros superiores, diabetes, hipertensión, cáncer, drogadicción, alcoholismo, etc)
- 99 = No sabe

Lengua Primaria: _____ Lengua preferida: _____

A = Inglés	H = Camboyano	O = Ilocano	V = Ruso	3 = Otras Señales
B = Español	I = Lenguaje de Señales	P = Mien	W = Portugués	4 = Otros Chinos
C = Dialecto Chino	J = Otro	Q = Hmong	X = Italiano	9 = No sabe
D = Japonés	K = Cantones	R = Turquíes	Y = Árábigo	
E = Dialecto Filipino	L = Coreano	S = Hebreo	Z = Samoano	
F = Vietnamita	M = Mandarín	T = Frances	1 = Thai	
G = Laosiano	N = Armenio	U = Polaco	2 = Farsi	

Grupo Étnico con el cual se identifica más (CSI = Race): elija hasta 5 _____

A = Anglosajón	G = Chino	M = Otro Asiático	S = Indio Asiático
B = Afro-Americano	H = Vietnamita	N = Otro-no Anglosajón	T = Nativo Hawaiano
C = Nativo Americano	I = Laosiano	O = Etnicidad Desconocida	U = Guamano
D = Mexico-Americano/Chicano	J = Camboyano	P = Otro-Asiático del Suroeste	V = Asiático Americano
E = Latino Americano	K = Japonés	Q = Coreano	X = Varios
F = Otro español	L = Filipino	R = Samoano	

Étnico = Origen hispano

- Y = Si
- N = No
- U = No sabe

Nombre de la Madre:

Nombre de nacimiento del cliente:

Lugar de Nacimiento: Condado: _____ Estado : _____ Pais: _____

Nombre de la persona más allegada con usted: _____ tipo de relación: _____ Teléfono: _____

Dirección donde vive la persona más allegada a usted: _____

Empleo: (marque uno)

☐ 1 = Tiempo completo	☐ 8 = Escuela	☐ 15 = No en la fuerza de trabajo
☐ 2 = Medio tiempo	☐ 12 = No esta trabajando (buscando)	☐ 16 = No sabe
☐ 4 = Ama de Casa	☐ 13 = No esta trabajando (no esta buscando)	

FORMA DE CONTACTO INICIAL

NOMBRE:

GRAFICO #:

FECHA DE NACIMIENTO:

PROGRAMA:

Vea el Código W&I 5328